

ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙЕМЕНЕ

Абдулла Саид, Козловский В.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

У больных артериальной гипертензией развитие гипертрофии миокарда ассоциировано с повышенным риском развития ишемической болезни сердца, аритмий, сердечной недостаточности и летальных исходов.

В ее развитии наиболее значимыми факторами является уровень артериального давления, длительность артериальной гипертензии, наличие других факторов риска (ФР). Следует отметить, что в различных регионах мира действие этих факторов различно. В определенной мере оно связано с менталитетом, обычаями, привычками, особенностями диеты и др. Йемен является горной страной со своеобразным климатом. Высокогорье, инсоляция, высокая температура могут быть теми факторами, которые ассоциированы с формированием гипертрофии миокарда. Однако особенности формирования гипертрофии миокарда у больных АГ, проживающих в Йемене исследованы недостаточно. В связи с необходимостью формирования национальных программ профилактики этого грозного осложнения, рациональных подходов к лечению, рационально изучить особенности формирования этой патологии.

Данные крупных эпидемиологических исследований продемонстрировали, что ГЛЖ является независимым ФР возникновения ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности (СН), желудочковых нарушений ритма и внезапной смерти, а также приводит к возрастанию сердечно-сосудистой летальности в 2,3 раза [Berkin K.E., Ball S.G., 2001]. По данным Фремингемского исследования риск развития инсульта или инфаркта миокарда у больных с ИБС и АГ с ГЛЖ в 5 раз выше, чем у больных без ГЛЖ [Васюк Ю.А., 2003]. У больных с гипертонической болезнью смертность от сердечно-сосудистых заболеваний при наличии ГЛЖ была в 25 раз выше (15 %), чем при ее отсутствии (0,6 %) [Levy D., Svage D., Garrison R. et al., 1987].

Цель исследования: Изучение частоты и особенностей развития гипертрофии миокарда у больных артериальной гипертензией в Йемене.

Материал и методы исследования. Обследованы 114 мужчин, больных артериальной гипертензией II степени. Средний возраст - 51,2±6,2 лет.

ММ ЛЖ определяли по следующей формуле:

$$\text{ММ ЛЖ} = 1,04 \cdot [(7 \cdot (\text{КДР} + \text{ТМЖП} + \text{ТЗС ЛЖ}))^3] / (2,4 + \text{КДР} + \text{ТМЖП} + \text{ТЗС ЛЖ}) - (7 \cdot \text{КДР}^3 / (2,4 + \text{КДР}))],$$

где КДР – конечно-диастолический размер, ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки, ТЗС ЛЖ – толщина задней стенки ЛЖ.

Относительную толщину стенок в диастолу (ОТС) определяли по формуле:

$$\text{ОТС} = (\text{ТМЖП} + \text{ТЗС ЛЖ}) / \text{КДР} \text{ [Сиренко Ю.Н. и др., 2001]}.$$

Всем больным выполнено эхокардиографическое обследование. Регистрировали толщину задней стенки, межжелудочковой перегородки, конечный систолический и диастолический размеры левого желудочка, фракцию выброса, рассчитывали массу миокарда левого желудочка. На основании величин ИММ ЛЖ и ОТС выделяли следующие типы геометрии ЛЖ: 1) нормальная

геометрия (ИММ ЛЖ в норме и менее, ОТС менее 0,45); 2) концентрическое ремоделирование (относительное утолщение стенок ЛЖ при нормальной ММ ЛЖ: ИММ ЛЖ в норме и меньше, ОТС 0,45 и более); 3) концентрическая ГЛЖ (увеличенные ММ ЛЖ и относительная толщина стенок ЛЖ: ИММ ЛЖ больше нормы, ОТС 0,45 и более); 4) эксцентрическая ГЛЖ (увеличенная ММ ЛЖ при нормальной или сниженной ОТС: ИММ ЛЖ больше нормы, ОТС менее 0,45) [Васюк Ю.А., 2003].

Кроме этого, регистрировали ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, длительность артериальной гипертензии.

Материал обработан с помощью пакета статистических программ Статистика 6.0. Результаты представлены в виде средних данных \pm стандартное отклонение.

Результаты и обсуждение. У больных артериальной гипертензией II степени при ЭКГ обследовании признаки гипертрофии миокарда левого желудочка выявлены у 62 % больных, при ультразвуковом обследовании – у 74 %.

Масса миокарда левого желудочка увеличивалась в зависимости от длительности и уровня артериальной гипертензии (таблица 1).

Таблица 1. - Масса миокарда при различных уровнях артериальной гипертензии

Артериальное давление (мм рт.ст.)	Индекс массы миокарда г/м ²
АДС 141-160	148 \pm 8,4
АДС 161-180	163 \pm 9,3
АДС 181 и более	182 \pm 10,8
АДД 91-100	145 \pm 9,6
АДД 101-110	166 \pm 12,3
АДД 111 и более	183 \pm 13,1

Таблица 2. - Масса миокарда при различной длительности артериальной гипертензии

Длительность артериальной гипертензии (лет)	Индекс массы миокарда г/м ²
До 5	136 \pm 11,2
6-10	152 \pm 14,0
Более 10	174 \pm 12,6

Выявлены следующие типы гипертрофии миокарда левого желудочка: нормальная – у 4 пациентов, концентрическое ремоделирование – у 14, концентрическая ГЛЖ – у 36, эксцентрическая ГЛЖ - 42 больных

Индекс массы миокарда левого желудочка достоверно коррелирует с уровнем артериального давления ($r=0,46$, $p<0,05$).

Выводы:

1 По данным ЭКГ гипертрофия миокарда левого желудочка выявляется у 62 %, эхокардиографии – у 74 % больных артериальной гипертензией, проживающих в Йемене.

2 Концентрическая гипертрофия выявлена у 31,6 % больных, эксцентрическая – у 36,8 %

3. Отмечается отчетливое увеличение индекса массы миокарда левого желудочка при повышении артериального давления и массы миокарда.

Литература:

1. Васюк, Ю.А. Возможности и ограничения эхокардиографического исследования в оценке ремоделирования левого желудочка при ХСН / Ю.А. Васюк // Сердечная недостаточность – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 107-110.
2. Сиренко, Ю.Н. Систолическая и диастолическая функции левого желудочка при его гипертрофии различного генеза / Ю.Н. Сиренко, Л.В. Сыса, А.Д. Радченко // Укр. кардиол. журн. – 2001. – № 6. – С. 39-42.
3. Agabiti-Rosei, E. Hypertensive left ventricular hypertrophy: pathophysiological and clinical issues / E. Agabiti, M.L. Rosei Muesan // Blood Pressure. – 2001. – Vol. 10, N 5-6 – P. 288-298.
4. Echocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy (The Framingham Heart Study) D Levy [et al.] // Amer. J. Cardiology. – 1987. – Vol. 59. – P. 956-960.
5. Berkin, K E Essential hypertension: the heart and hypertension / K.E. Berkin, S.G. Ball // Hypertension – 2001. – Vol. 86. – P. 467-475.